



給付の申し込み

質問と回答

この通知を読むのにアシストが必要な方は受付までお申し出ください。



現金扶助



食料扶助



医療扶助



一般失業扶助



養護施設ケアまたは
介護付きリビング

互
助

Q. 給付の申し込み方法は？

A. 簡単です。申込用紙に記入するだけです。この用紙への記入にアシストの必要な方は2ページ上端にあるボックスにチェックマークを入れてください。いつ申し込むかによって給付の開始日が決まります。受給希望者に代わって申し込みをする場合は、受給希望者本人の情報を記入してください。ただし2ページ、3ページおよび4ページ目に申請代理人の氏名、住所を記入の上署名して、申し込み手続きを開始、および完了する必要があります。住所のない方は、申請書の提出の際に連絡方法を受け付けにお知らせください。用紙は受付に提出するか、あるいは最寄りのCommunity Services Office (CSO) に郵送して下さい。長期ケアサービスには、用紙を地元のHome and Community Services Office に郵送してください。医療サービスのみに申請する場合はインタビューを受ける必要はありません。

Q. 給付はいつからもらえますか？

A. 現金扶助の受給資格がある場合、あなたへの給付はあなたに受給資格があるかどうか判断するためのあらゆる情報を当局が入手した当日から開始されます。食料扶助の受給資格がある場合、通常あなたへの給付は、いつ申し込みが受理されたかによって決まります。医療扶助ではどの医療プログラムに資格があるか、また、申請が受理された日付によっていつから開始されるかが決まります。過去の医療費でも補助を申請できるものもあります。

Q. 食料扶助がすぐにも必要な場合は？

A. 氏名、住所、署名の他に19番に記入の上、受付に提出してください。地元事務所にいあわせていない場合、この申請書を郵送するか、最寄りの事務所に持参してください。

以下を条件として、申し込みが受理されてから5日以内に食料扶助を受け取ることができます。

- 身分証明書を提示し、かつ
- 家計の所得または財源が極めて乏しい。あるいは、
- 家計所得および財源が月々の家賃および公共料金をあわせた額を満たさない。あるいは、
- 世帯に貧困移民または季節農業労働者が含まれている。

移民ステータスとソーシャル・セキュリティ番号に関する重要な情報

- 家族の中に移民ステータスのために受給資格のない方がいても、一部家族のために給付を申請することができます。ワシントン州には、ソーシャル・セキュリティ番号のない、または移民ステータスの証明のない人々を対象とする医療プログラムもあります。
- 現金もしくは食料扶助が必要な場合、申請者本人のソーシャル・セキュリティ番号または移民ステータスが必要となります。あなたはソーシャル・セキュリティ番号を任意に伝え、当局はあなたの収入など適格性を判定するための情報を確認するためにのみそれを使用します。ソーシャル・セキュリティ番号または移民ステータスを提示しない場合、資格審査に必要なら、あなたの収入および財源を証明する必要があります。

米国農務省 (USDA) はそのあらゆるプログラムおよび活動において、人種、肌の色、性別、宗教、出身国、または政治的信条に基づいた差別を禁じています。プログラムの情報の伝達に代替手段（点字、大きい活字、オーディオテープなど）が必要な能力障害者は、USDAのTARGET Center 電話 (202) 720-2600 (ボイスおよびTDD) に連絡してください。差別の訴えを提出するには、Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410のUSDAディレクターまで書き送るか、または(202) 720-5964 (ボイスおよびTDD) にお電話ください。USDAは機会均等に則した提供者であり雇用者です。



給付の申し込み

この書式への記入にアシストが必要な場合は、このボックスにチェックマークを入れ、受付に提出して下さい。

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

申請者氏名	ソーシャル・セキュリティ番号	クライアントID番号
-------	----------------	------------

I. 一般情報

1. 私が申請する人物はすべてワシントン州に在住しています。 はい いいえ 「はい」の場合はいつからですか（日付を具体的に記述のこと）_____
2. 私または家族の誰かはスポンサーのいる在留外人です。 はい いいえ
3. 家族の中に一時的に別居しているものがいます。 はい いいえ 「はい」の場合は誰ですか（名前を記載）_____
4. 私または家族の誰かは退役軍人（存命中または故人）もしくは退役軍人の扶養家族か配偶者です。 はい いいえ
5. 私が住んでいるのは： 自家またはアパート 成人ファミリーホーム グループホーム
 施設（タイプを具体的に） その他：_____
6. 私は： 未婚 既婚 离婚 別居中 寡婦

II. 医療および健康保険情報

私または私たちは（該当するボックスをチェックのこと）：

1. 健康上の問題のために働けない。 はい いいえ
2. 未払いの医療費がある。 はい いいえ
3. 過去3ヶ月の間の未払い医療費の支払いに補助が必要である。 はい いいえ
4. 医療施設（病院とか養護施設）に入院を考えている、現在入院している、または最近施設から退院した。 はい いいえ
5. 健康保険がある（Tricareまたは長期ケア保険 Long-Term Care Insuranceを含む）。 はい いいえ
6. Medicareがある（注意：医療クーポンではありません）。 はい いいえ
7. 治療を必要とする事故に遭った。 はい いいえ

III. 財源

児童医療または妊娠医療だけを申請する場合、このセクションへの記入は必要ありません。

下記の項目の他に財源の例としては、現金、他人に保管してもらっている金、販売契約、家畜、穀物、およびビジネス機器などが含まれます。

1. 私、私の配偶者、または私が申請を代行する人物には財源があります。 はい いいえ 「はい」の場合は下に記述してください。

財源の種類は？	だれの財源ですか？	財源はどこにありますか？（銀行名など）	金額または価値	だれの財源ですか？	財源はどこにありますか？（銀行名など）	金額または価値
当座預金（チェックング アカウント）			\$			\$
普通預または信用組合（クレジットユニオン）口座			\$			\$
CD（譲渡性預金）またはマネーマーケット口座			\$			\$
信託または年金			\$			\$
株式、債券、またはミューチュアルファンド			\$			\$
退職ファンドまたはIRA			\$			\$
埋葬ファンド、プランまたは土地			\$			\$
生命保険			\$			\$
資産			\$			\$
その他：			\$			\$
その他：			\$			\$

2. 私、私の配偶者または私が申請を代行する人物は、過去5年間に財産を取引、授与、または譲渡しました（信託財産または生涯不動産への移行を含む）。 はい いいえ 「はい」の場合は何を：_____ いつ _____

3. 私または私が申請を代行する人物は、以下の車両を所有しています（トラック、バン、ボート、トレーラーを含む）

年型 (1980年など)	製造（フォードなど）	モデル（エスコートなど）	この車両はリースですか？	私（我々）はこの車両を医療目的に使用します。	私（我々）はこの車両の支払いが済んでいません。
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

IV. 収入

1. 私、私の配偶者、または私が申請を代行する人物には収入があります。 はい いいえ 「はい」の場合はこのセクションにすべて回答してください。

雇用者の氏名および電話番号	受取総額（税込み） \$ _____			<input type="checkbox"/> 時給	<input type="checkbox"/> 週給	<input type="checkbox"/> 2週間毎
この仕事は自家営業ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 月2度 <input type="checkbox"/> 月給 週当たり時間数 _____					
収入があるのは誰ですか?	支払日（毎月1日、毎月15日、毎金曜日など）_____					
雇用者の氏名および電話番号	受取総額（税込み） \$ _____			<input type="checkbox"/> 時給	<input type="checkbox"/> 週給	<input type="checkbox"/> 2週間毎
この仕事は自家営業ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 月2度 <input type="checkbox"/> 月給 週当たり時間数 _____					
収入があるのは誰ですか?	支払日（毎月1日、毎月15日、毎金曜日など）_____					

2. 私、私の配偶者または私が申請を代行する人物は、過去60日の間に離職しました。 はい いいえ

3. 他の収入	収入のあるのはだれですか?	月総額は?	収入のあるのはだれですか?	月総額は?
失業給付金		\$		\$
ソーシャル・セキュリティ		\$		\$
補足セキュリティ収入 (Supplemental Security Income (SSI))		\$		\$
子供の養育費または配偶者扶養		\$		\$
退職金または年金		\$		\$
復員軍人援護局(VA) または軍		\$		\$
Labor and Industries (L&I) または保険給付		\$		\$
信託または年金		\$		\$
その他:		\$		\$

V. 毎月の費用

家賃	住宅ローン	スペースの賃借	住宅所有者保険	固定資産税	不動産評価
\$	\$	\$	\$	\$	\$

ユーティリティ (該当するもの全てにチェックのこと) 電気（暖房費を含まない） 電話料金 暖房費（ガス、電気、灯油など） 水道、下水道、ごみ

別の人物またはエージェントが私のシェルターダイの全てまたは一部の支払いを援助してくれる。 はい いいえ

「はい」の場合は、だれですか? _____ どの費用ですか? _____ 支払ってくれる額は? \$ _____

私（私たち）は以下のものを支払っているか、または支払う必要があります（該当するもの全てにチェック）。

<input type="checkbox"/> 保育または家族の扶養	月額: \$ _____	だれが支払いますか?
<input type="checkbox"/> 子供の養育費	月額: \$ _____	だれが支払いますか?
<input type="checkbox"/> 医療費	月額: \$ _____	だれが支払いますか?

宣誓と署名

私は、私の権利および責任について読み（あるいは説明を受け）、Client Rights and Responsibilities, DSHS 14-113(X)の複写を受け取りました。私は当部署が必要とする場合、変更内容を報告しなければなりません。私は、自分が適格者であることを示す証拠を提示する必要があります。DSHSは私が証拠を入手するよう、または他の人物やエージェントへの連絡を補助することができます。Temporary Assistance to Needy Families (TANF)または医療ケア給付を得ることにより、私は子供へのある特定の権利または医療ケアサポートをワシントン州に譲渡することになります。偽証が刑罰の対象となることを認識した上で、この申請書に記載した情報が私の知る限り真実であり、正確かつ完全であることを宣言します。私は、故意に虚偽の陳述を行ったり、または報告すべきことを故意に報告しなかったりして不正に現金、食料、または医療扶助を受けた場合は、刑事上告訴されうることを理解しています。食料扶助への申し込みは、申請者だけが署名しなければなりません。現金または医療扶助への申請には、家庭のあらゆる成人メンバーの署名が必要です。

申請者署名	日付	他の成人申請者の署名	日付
ヘルパーまたは代理人の署名	日付	署名にxと記入した場合は立会人の署名	日付